

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNYCH UBEZPIECZEŃ „PAKIET ŻYCIE” PZ-2022-V1



Wprowadzone do oferty CA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. uchwałą numer 16/P/2022 w dniu 22.08.2022 r. i obowiązują dla Umów zawartych od dnia od dnia 05.09.2022 r.

Tabela informacyjna o najistotniejszych warunkach ubezpieczenia

Rodzaj informacji	Nr postanowienia z Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „Pakiet Życie”
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia	Artykuł 1 ust. 18 Artykuł 2 ust. 2 Artykuł 6 ust. 1-4, 6, 8 Artykuł 7 Wartość wykupu: nie dotyczy
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Artykuł 6 ust. 5, 7 Artykuł 7 ust. 14-16 Artykuł 8

Szanowni Państwo!

Z przyjemnością przedstawiamy Ogólne Warunki Indywidualnych Ubezpieczeń „Pakiet Życie” (dalej zwane „OWU”). Dla Państwa wygody umieściliśmy w nich komentarze. Proszę pamiętać, że są one jedynie dodatkowym wyjaśnieniem i nie zastępują pełnego tekstu OWU.

Spis treści

ARTYKUŁ 1	POSTANOWIENIA OGÓLNE	2
ARTYKUŁ 2	PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	2
ARTYKUŁ 3	UMOWA UBEZPIECZENIA I OKRES UBEZPIECZENIA	3
ARTYKUŁ 4	SUMA UBEZPIECZENIA	3
ARTYKUŁ 5	SKŁADKA	3
ARTYKUŁ 6	UPRAWNIONY	4
ARTYKUŁ 7	ROSZCZENIE I REALIZACJA ŚWIADCZENIA	4
ARTYKUŁ 8	WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	5
ARTYKUŁ 9	OBOWIĄZKI INFORMACYJNE UBEZPIECZYCIELA	5
ARTYKUŁ 10	OBOWIĄZKI INFORMACYJNE UBEZPIECZAJĄCEGO I PRAWA UBEZPIECZONEGO	6
ARTYKUŁ 11	WYMIANA INFORMACJI, REKLAMACJE	6
ARTYKUŁ 12	POSTANOWIENIA KOŃCOWE	6



ARTYKUŁ 1 - POSTANOWIENIA OGÓLNE

Komentarz: w tej części dokumentu wyjaśniamy najważniejsze pojęcia występujące w OWU. Zapoznanie się z nimi, pozwoli Ci łatwiej zrozumieć treść OWU.

Niniejsze Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie (dalej zwane „OWU PODSTAWOWE” albo „OWU”) określają warunki, zgodnie z którymi zawierana jest umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie (dalej zwana „Umową ubezpieczenia”), której przedmiotem jest objęcie ochroną ubezpieczeniową osób fizycznych przez CA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA (CA Życie SA) dalej zwany „Ubezpieczycielem”. Niniejsze OWU mają również zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa.

W rozumieniu OWU, Polisy oraz innych pism i dokumentów związanych z ubezpieczeniem, poniższe określenia mają następujące znaczenie:

- Agent lub Przedstawiciel Ubezpieczyciela** - agent ubezpieczeniowy wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego, posiadający pełnomocnictwo do wykonywania czynności agencyjnych w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela, na podstawie zawartej umowy agencyjnej, związanych z zawieraniem i wykonywaniem Umów ubezpieczenia zgodnie z niniejszymi OWU;
- Akt przemocy** - skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zmusza ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona w zakresie posiadania rzeczy, władania nią lub korzystania z niej;
- Akt terroru** - dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego, bądź też na użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowej, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego;
- Bank** - Credit Agricole Bank Polska S.A. z siedzibą we Wrocławiu, pod adresem: ul. Legnicka 48 bud. C-D, 54-202 Wrocław;
- Nieszczęśliwy wypadek/NW** - zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną działającą nagłe i niezależnie od woli Ubezpieczonego;
- Ochrona ubezpieczeniowa** - zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty Świadczenia w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- Okres prolongaty płatności Składki** - okres, za który nie została opłacona Składka, a w którym udzielana jest Ochrona ubezpieczeniowa, trwający 30 (trzydzieści) dni, z zastrzeżeniem Art. 5 ust. 9 OWU;
- Okres ubezpieczenia** - okres, w którym Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej;

- Polisa** - wydawany przez Ubezpieczyciela dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz warunki, na jakich została ona zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem;
- Rozruchy i Zamieszki** - zbiorowy akt naruszenia porządku publicznego;
- Składka** - kwota należna Ubezpieczycielowi za udzielaną Ochronę ubezpieczeniową; Składkę opłaca Ubezpieczający na rachunek bankowy Ubezpieczyciela, w wysokości, częstotliwości i terminie określonym w Polisie;
- Suma ubezpieczenia** - kwota określona zgodnie z OWU, wskazana w Polisie, stanowiąca podstawę do obliczania wysokości Świadczenia;
- Świadczenie** - kwota, którą Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- Ubezpieczony** - Ubezpieczający lub inna osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, wskazana przez Ubezpieczającego we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, któremu/której udzielana jest Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie Umowy ubezpieczenia, zgodnie z niniejszymi OWU;
- Ubezpieczający** - osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawiera z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia na własny lub na cudzy rachunek, tj. na rachunek innej osoby fizycznej wskazanej we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia jako Ubezpieczony, na zasadach określonych w niniejszych OWU i zobowiązana do zapłaty Składki;
- Ubezpieczyciel** - CA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA (CA Życie SA) z siedzibą we Wrocławiu, pod adresem: ul. Legnicka 48 bud. C-D, 54-202 Wrocław;
- Umowa (lub umowa ubezpieczenia)** - umowa indywidualnego ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, zgodnie z niniejszymi OWU, za pośrednictwem Agenta;
- Uprawniony** - osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego;
- Zdarzenie ubezpieczeniowe (losowe)** - zgon Ubezpieczonego lub zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

ARTYKUŁ 2 - PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

Komentarz: wyjaśniamy, w jakich sytuacjach udzielamy Ci Ochrony ubezpieczeniowej.

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia obejmuje poniżej wskazane Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - zgon Ubezpieczonego,
 - zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

ARTYKUŁ 3 - UMOWA UBEZPIECZENIA I OKRES UBEZPIECZENIA



Okres ochrony ubezpieczeniowej

Komentarz: wyjaśniamy, jak i na jaki czas zawieramy Umowę ubezpieczenia.

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończony 18. rok życia oraz który nie ukończył 65. lat (dzień ukończenia rozumiany jest jako data urodzin). Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie podanych przez Ubezpieczającego informacji skierowanych do Ubezpieczyciela pisemnie we wniosku złożonym w placówkach Agenta, ustnie - za pośrednictwem telefonu lub za pomocą innych środków porozumiewania się na odległość (o ile zostaną one udostępnione przez Ubezpieczyciela).

2. W celu zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonego muszą zostać spełnione łącznie następujące warunki:

- 1) złożenie przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego prawidłowo wypełnionego Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
- 2) złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia o stanie zdrowia,
- 3) opłacenie przez Ubezpieczającego pierwszej Składki.

Po potwierdzeniu przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz Agenta poprawności danych ujętych we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (w tym zgód niezbędnych do realizacji Umowy oraz oświadczenia o stanie zdrowia), wniosek staje się Polisą, stanowiącą potwierdzenie zawarcia Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczony, Uprawniony/Uprawnieni, zakres ubezpieczenia, wysokość Sumy ubezpieczenia, wysokość, częstotliwość oraz termin płatności Składek.

Okres ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie, pod warunkiem zapłaty składki lub jej pierwszej raty w dniu poprzedzającym rozpoczęcie okresu ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.

3. Ubezpieczający ma prawo:

- 1) do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia - w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej zawarcia; jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 (trzydziestu) dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie; albo
- 2) do wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia - po upływie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej zawarcia.

W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia lub od dnia otrzymania potwierdzenia informacji dotyczących zawartej umowy ubezpieczenia, jeśli jest to termin późniejszy.

Ubezpieczający może złożyć oświadczenie woli odpowiednio o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia albo o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta albo bezpośrednio Ubezpieczycielowi, ze skutkiem na koniec dnia, w którym Ubezpieczający złożył dane oświadczenie (liczy się data powiadomienia Agenta albo Ubezpieczyciela, zależenie od tego, która jest wcześniejsza). Wzory oświadczeń woli o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia i o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia są dostępne u Agenta i Ubezpieczyciela.

4. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia albo wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

5. Okres ubezpieczenia kończy się w przypadku:

- 1) zgonu Ubezpieczonego - z dniem zgonu,
- 2) zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku - z dniem zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
- 3) odstąpienia lub wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego - ze skutkiem na koniec dnia, w którym Ubezpieczający złożył dane oświadczenie,

- 4) ukończenia przez Ubezpieczonego 65 lat, nie wcześniej jednak niż z końcem okresu, za który została opłacona ostatnia Składka przed dniem 65. urodzin lub
- 5) nieopłacenia Składki przez Ubezpieczającego w dodatkowym terminie określonym zgodnie z Art. 5 ust. 9 - z upływem tego dodatkowego terminu.

ARTYKUŁ 4 - SUMA UBEZPIECZENIA

Możliwość wyboru Sumy ubezpieczenia.



Komentarz: wyjaśniamy, w jakiej wysokości Świadczenie może wypłacić Ubezpieczyciel w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego może wynosić:

- 1) 10 000 (dziesięć tysięcy) PLN,
- 2) 20 000 (dwadzieścia tysięcy) PLN,
- 3) 50 000 (pięćdziesiąt tysięcy) PLN,
- 4) 75 000 (siedemdziesiąt pięć tysięcy) PLN
- 5) 100 000 (sto tysięcy złotych) PLN
- 6) 150 000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) PLN lub
- 7) 200 000 (dwieście tysięcy złotych) PLN

2. Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku wynosi 200 % kwoty wskazanej zgodnie z ust. 1.

3. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wyrażenia zgody na proponowaną we wniosku przez Ubezpieczającego wysokość Sumy ubezpieczenia, co jest równoznaczne z odmową objęcia Ochroną ubezpieczeniową.

4. Ubezpieczający w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia ma prawo złożyć dyspozycję o obniżeniu Sumy ubezpieczenia. Obniżenie Sumy ubezpieczenia nie wymaga zgody Ubezpieczyciela i staje się skuteczne z dniem określonym zgodnie z ust. 7.

5. Ubezpieczający w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia ma prawo wnioskować o podwyższenie Sumy ubezpieczenia, na warunkach określonych w ustępach poniższych.

6. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego dyspozycji o podwyższenie Sumy ubezpieczenia, Ubezpieczony składa oświadczenie o stanie zdrowia. W przypadku złożenia oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego zgoda Ubezpieczyciela na zaproponowaną Sumę ubezpieczenia nie jest wymagana.

7. Zmiana Sumy ubezpieczenia będzie skuteczna z pierwszym dniem po złożeniu dyspozycji zmiany, pod warunkiem uzyskania płatności Składki w wymaganej wysokości w dniu dokonania zmiany. W przypadku obniżenia Sumy ubezpieczenia nadpłacona Składka jest rozliczana zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego, a jeżeli Ubezpieczający nie złożył takiej dyspozycji zostanie ona zaliczona na poczet przyszłych Składek.

8. Wniosek o podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia nie może zostać złożony w Okresie prolongaty płatności Składki.

9. W związku ze zmianą wysokości Sumy ubezpieczenia, zmianie ulega odpowiednio wysokość Składki należna Ubezpieczycielowi.

10. Maksymalna Suma ubezpieczenia dla wszystkich Umów ubezpieczenia „Pakiet Życie” zawartych na rzecz jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty 200 000 PLN z tytułu zgonu tego Ubezpieczonego.

ARTYKUŁ 5 - SKŁADKA

Pamiętaj o terminowym opłacaniu składki.



Komentarz: wyjaśniamy zasady zapłaty za Twoją Ochronę ubezpieczeniową.

1. Składkę ustala Ubezpieczyciel uwzględniając wiek Ubezpieczonego, zakres ubezpieczenia i wysokość sumy ubezpieczenia oraz inne czynniki mające wpływ na zakres udzielanej ochrony według stanu na pierwszy dzień ochrony ubezpieczeniowej (tj. dzień po zawarciu Umowy ubezpieczenia). Składka ulega automatycznemu podwyższeniu z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 46. i 61. roku życia w sposób określony w Tabeli poniżej:

Wiek Ubezpieczonego	Stawka Składki za 1 miesiąc Ochrony ubezpieczeniowej (% od Sumy ubezpieczenia)	Składka miesięczna za każde 10.000 PLN Sumy ubezpieczenia [PLN]
18-45 lat	0,065%	6,50
46-60 lat	0,130%	13,00
61-65 lat	0,250%	25,00

- Nowa wysokość Składki obowiązuje od kolejnego terminu płatności Składki następującego po dniu odpowiednio 46. lub 61. urodzin Ubezpieczonego. Składka może być opłacana z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.
- Do zapłaty Składki zobowiązany jest Ubezpieczający, roszczenie o zapłatę Składki przysługuje wyłącznie wobec Ubezpieczającego. W dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej Składki.
- Częstotliwość, terminy płatności i wysokość Składki wskazane są w Polisie lub dokumencie zmian, jeśli Polisa podlegała modyfikacjom w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia.
- Opłacenie Składki uznaje się za skuteczne w dniu, w którym Składka wpłynęła na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
- Wszelkie wpłaty tytułem Składki, dokonane po zakończeniu Okresu ubezpieczenia, które nie mogą być zaliczone na poczet zaległej Składki, nie będą uznawane za opłacenie Składki i będą zwracane Ubezpieczającemu w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia ich otrzymania przez Ubezpieczyciela bez odsetek.
- Wpłaty tytułem Składki, dokonane w wysokości przewyższającej wysokość należącej Składki zostaną zaliczone na poczet przyszłych (kolejnych) Składek, o ile występują.
- W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia albo wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, Ochrona ubezpieczeniowa ustaje z końcem dnia, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie woli odpowiednio o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia albo o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczyciel zwraca Składkę Ubezpieczającemu za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej, w terminie 7 (siedmiu) dni od dnia, w którym odstąpienie od Umowy ubezpieczenia albo wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia stało się skuteczne.
- W przypadku, gdy Ubezpieczający nie opłaci w terminie drugiej lub kolejnej Składki, Ochrona ubezpieczeniowa ustaje z upływem 30 (trzydziestu) dni od daty upływu terminu płatności Składki (**Okres prolongaty płatności Składki**), z pouczeniem, że brak zapłaty Składki spowoduje ustanie odpowiedzialności. W przypadku braku opłacenia Składki w tym dodatkowym terminie, uważa się, że Ubezpieczający wypowiedział Umowę. Ochrona ubezpieczeniowa ustaje z upływem Okresu prolongaty płatności Składki, jednak nie wcześniej niż z upływem 7 (siedmiu) dni od daty otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do zapłaty Składki w dodatkowym terminie.
- Jeżeli Ubezpieczający zawarł Umowę ubezpieczenia zgodnie z niniejszymi OWU, a także Umowę dodatkową lub Umowę dodatkowe (o których mowa w Art. 12 ust. 1), Składka ustalana jest jako Składka łączna za wszystkie wybrane przez Ubezpieczającego rodzaje ochrony. Oznacza to, że nieopłacenie Składki w całości powoduje skutki określone w ust. 9 w stosunku do wszystkich ubezpieczeń, nawet jeśli uiszczona kwota byłaby wystarczająca na zapłacenie Składki z tytułu jednego ubezpieczenia.
- Ubezpieczający ma prawo wnioskować o zmianę częstotliwości opłacania Składek. W przypadku zmiany częstotliwości opłacania Składek - zmiana obowiązuje od następnego dnia po jej zgłoszeniu, a nadpłacona Składka zostanie rozliczona zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego. W przypadku braku dyspozycji, zostanie ona zaliczona na poczet przyszłych Składek. W przypadku, gdy Ubezpieczający wnioskuje o zmianę częstotliwości opłacania Składki, pozostając w Okresie prolongaty płatności Składki, wskazanym w ust. 9, zmiana częstotliwości możliwa jest wcześniej niż po zapłaceniu zaległej Składki.

ARTYKUŁ 6 - UPRAWNIONY

Ubezpieczony może wskazać osobę lub kilka osób (tzw. **Uprawnionych**), które w przypadku śmierci Ubezpieczonego mogą otrzymać świadczenie z tytułu umowy. Mogą to być dowolnie wskazane osoby, a także instytucje, np. bank.



Komentarz: wyjaśniamy, kto może otrzymać Świadczenie.

- Ubezpieczony we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia może wskazać Uprawnionego lub Uprawnionych do otrzymania Świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego lub zgonu Ubezpieczonego wskutek Niez szczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1, poprzez złożenie Ubezpieczycielowi oświadczenia o zmianie lub odwołaniu Uprawnionego. Zmiana lub odwołanie Uprawnionego jest skuteczne z chwilą, kiedy Ubezpieczyciel otrzyma taką informację.
- Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uprawnionego do otrzymania Świadczenia, Świadczenie wypłaca się Uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w Świadczeniu; jeżeli Ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w Świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w Świadczeniu są równe.
- Jeżeli suma wskazań procentowych w Świadczeniu jest wyższa lub niższa niż 100% Świadczenia, udziały Uprawnionych w Świadczeniu oblicza się poprzez proporcjonalne obniżenie lub podwyższenie wskazanych udziałów, aby ich łączna suma wynosiła 100%.
- Jeżeli Uprawniony umyślnie przyczynił się do zgonu Ubezpieczonego to traci on prawo do Świadczenia Ubezpieczyciela.
- Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uprawnionego, albo gdy Uprawniony w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do Świadczenia w myśl ust. 5 powyżej, osobami Uprawnionymi do Świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - małżonek,
 - w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia ustawowego po Ubezpieczonym.
- Otrzymanie Świadczenia przez osobę lub osoby wskazane w ust. 6 wymienione w pierwszej kolejności, wyklucza otrzymanie Świadczenia przez osoby wymienione w dalszej kolejności.
- Osoba składająca Ubezpieczycielowi wniosek o wypłatę Świadczenia obowiązana jest dołączyć dokumenty potwierdzające jej prawo do Świadczenia, tj. potwierdzające stopień pokrewieństwa lub powinowactwa z Ubezpieczonym, którymi mogą być odpisy z aktów stanu cywilnego lub dokumenty, o których mowa w zdaniu kolejnym. W przypadku określonym w ust. 6 pkt 4) powyżej osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia zobowiązana jest dołączyć prawomocne postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub prawomocne postanowienie sądu o dziale spadku (jeśli o stwierdzeniu nabycia spadku orzekł sąd w ramach postępowania o dział spadku) bądź akt notarialny poświadczenia dziedziczenia.
- Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego lub zgonu Ubezpieczonego wskutek Niez szczęśliwego wypadku nie należy do spadku po Ubezpieczonym.

ARTYKUŁ 7 - ROSZCZENIE I REALIZACJA ŚWIADCZENIA

Zasady zgłoszenia roszczenia i lista dokumentów potrzebnych do uzyskania świadczenia.



Komentarz: wyjaśniamy, jakie kroki podjąć oraz jakie dokumenty przygotować, aby uzyskać wypłatę Świadczenia.

- Osobą, która może otrzymać Świadczenie jest Uprawniony, który zobowiązany jest skontaktować się z Ubezpieczycielem telefonicznie pod numerem wskazanym w Polisie lub w innym oświadczeniu Ubezpieczyciela (o ile będzie z niego wyraźnie wynikało, że zastępuje podane w Polisie dane kontaktowe Ubezpieczyciela) oraz podać nr Polisy i dane umożliwiającej jego jednoznaczną identyfikację.
- Świadczenia wypłacane są na podstawie dokumentów wskazanych przez Ubezpieczyciela, niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości Świadczenia, tymi dokumentami są:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - statystyczna karta zgonu lub, w przypadku jej braku, inny dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu,
 - dokumentacja medyczna,
 - dokumenty potwierdzające zmianę danych osobowych Uprawnionego (imię, nazwisko - np. odpis skróconego aktu małżeństwa) - w przypadku, gdy Uprawniony zmienił dane osobowe,
 - dotatkowo dokumenty potwierdzające okoliczności zgonu (np. protokół, notatka policji, postanowienia prokuratury),
 - inne dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, jeżeli są one niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości Świadczenia.

Ubezpieczyciel może zażądać dostarczenia oryginałów dokumentów lub poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Agenta lub notariusza kserokopii dokumentów, jeżeli jest to niezbędne do przeprowadzenia przez Ubezpieczyciela postępowania dotyczącego ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia.

3. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy Ubezpieczonego. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego (losowego) objętego Ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 (siedmiu) dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Świadczenie Ubezpieczyciela zostanie wypłacone w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Za dzień zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień, w którym Ubezpieczyciel otrzymał takie zawiadomienie.
6. Gdyby w terminie, o którym mowa w ust. 4 powyżej, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie Ubezpieczyciela zostanie wypłacone w ciągu 14 (czternastu) dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie wskazanym w ust. 4.
7. Jeżeli w terminach określonych w ustawie lub w Umowie ubezpieczenia, Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia.
8. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
9. Ubezpieczyciel udostępni Ubezpieczającemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
10. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 9, Ubezpieczyciel udostępni, na żądanie, w postaci elektronicznej.
11. Sposób:
 - 1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 9,
 - 2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych zgodnie z ust. 9 informacji,
 - 3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem zgodnie z ust. 9,
 nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 9.
12. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 9, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.
13. Ubezpieczyciel przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 9 do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z Umowy ubezpieczenia.
14. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji Ubezpieczycielowi przy zawarciu Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem OWU nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązku podania prawdziwych informacji doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
15. Wypłata Świadczeń na podstawie niniejszych OWU podlega przepisom regulującym opodatkowanie osób fizycznych lub prawnych obowiązującym na dzień wypłaty Świadczenia.
16. W przypadku, gdy w związku z wykonaniem zobowiązania wskazanego w Art. 6 powstanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, obowiązek pobrania i odprowadzenia jakiegokolwiek kwoty, w tym w szczególności kwoty na poczet

zobowiązań podatkowych osób uprawnionych, kwoty pobrane i odprowadzane będą pomniejszały kwoty stosownych wypłat dokonywanych zgodnie z OWU.

17. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego lub zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zaistniałych w czasie trwania Okresu ubezpieczenia, Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia ustalonej według postanowień ustępów powyższych, z zastrzeżeniem zapisów Art. 8, wypłacane będzie Uprawnionym.
18. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie przysługuje, jeśli zgon Ubezpieczonego nastąpił po upływie 180 (stu osiemdziesięciu) dni od dnia zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego.
19. Wypłata Świadczenia, o którym mowa w niniejszym Artykule, nastąpi w formie jednorazowej wypłaty.

ARTYKUŁ 8 - WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI



Kiedy Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia?

Komentarz: wyjaśniamy, w jakich sytuacjach Ubezpieczyciel jest zwolniony z wypłaty Świadczenia.

1. Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU nie jest objęty zgon Ubezpieczonego lub zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku w wyniku:
 - 1) samobójstwa dokonanego przez Ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 2) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu (w rozumieniu przepisów o wychowywaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) z wyłączeniem środków zażywanych przez Ubezpieczonego zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 3) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych dyscyplin sportowych: alpinizm, wspinaczka górską i skałkowa, taternictwo jaskiniowe, speleologia, kajakerstwo wysokogórskie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, baloniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, bobsleje, saneczkarstwo, jeździectwo, szermierka, sporty motorowe i motorowodne, sporty siłowe, sporty walki i obronne oraz czynny udział w zawodach, wycieczkach, rajdach samochodowych i wyczynowych treningach sportowych;
 - 4) usiłowania dokonania lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - 5) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału Ubezpieczonego w Rozruchach i Zamieszkach, Aktach przemocy i Aktach terroru lub sabotażu za wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony zmuszony był działać w obronie własnej lub w obronie innych osób.
2. Zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia ponadto w przypadku, gdy nastąpił on wskutek:
 - 1) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień;
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że miały bezpośredni związek z Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 4) podróży łodzią podwodną, lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

ARTYKUŁ 9 - OBOWIĄZKI INFORMACYJNE UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany, przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa dla niej właściwego, do pisemnego poinformowania Ubezpieczającego o tych zmianach, z określeniem ich wpływu na wartość Świadczenia.
2. Informację, o której mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

ARTYKUŁ 10 - OBOWIĄZKI INFORMACYJNE UBEZPIEZAJĄCEGO I PRAWA UBEZPIECZONEGO

1. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony to dwie różne osoby, Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczonego o treści zawieranej z Ubezpieczycielem Umowy ubezpieczenia oraz jej warunkach, zanim Ubezpieczony wyrazi zgodę na objęcie Ubezpieczeniową.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu otrzymanych od Ubezpieczyciela informacji, o których mowa w Art. 9 oraz w ust. 1, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.
3. Ubezpieczający powinien powyższe informacje przekazać Ubezpieczonemu niezwłocznie po ich otrzymaniu od Ubezpieczyciela. W przypadku informacji o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianie prawa dla niej właściwego, Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać je Ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa dla niej właściwego.
4. Ubezpieczony może żądać, by Ubezpieczyciel udzielił mu informacji, o których mowa w Art. 9 oraz informacji o postanowieniach Umowy ubezpieczenia zawartej na jego rzecz oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków.
5. Zmiana Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uprawnionego, jak też wskazanie lub zmiana Uprawnionych, wymaga zgody Ubezpieczonego.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o każdej zmianie danych osobowych i teled adresowych swoich, Ubezpieczonego lub Uprawnionego.

ARTYKUŁ 11 - WYMIANA INFORMACJI, REKLAMACJE

1. Z zastrzeżeniem odmiennych postanowień OWU, zawiadomienia i oświadczenia, w związku z realizacją Umowy ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie.
2. Ubezpieczony i Ubezpieczający informuje Ubezpieczyciela o każdej zmianie swojego adresu. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczonego i Ubezpieczającego o aktualnym adresie w każdej pisemnej korespondencji adresowanej do Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego.
3. Jeżeli po objęciu danego Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia Ubezpieczonego lub Uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do Świadczenia.
4. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia przysługujące prawo wniesienia reklamacji w rozumieniu Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym Ubezpieczycielowi:
 - 1) w formie pisemnej przesyłką pocztową wysłaną:
 - a) na adres Ubezpieczyciela:
CA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA
ul. Legnicka 48 bud. C-D, 54-202 Wrocław
lub
 - b) na adres Banku:
Credit Agricole Bank Polska S.A.
ul. Legnicka 48 bud. C-D, 54-202 Wrocław
lub
 - c) na adresy innych Agentów Ubezpieczyciela;
 - 2) w formie elektronicznej za pośrednictwem poczty elektronicznej, wyłącznie na adres: reklamacje@ca-ubezpieczenia.pl;
 - 3) ustnie - telefonicznie pod numerem telefonu Ubezpieczyciela wskazanym w Polisie lub w innym oświadczeniu Ubezpieczyciela (o ile będzie z niego wyraźnie wynikało, że zastępuje podane w Polisie dane kontaktowe Ubezpieczyciela);
 - 4) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Ubezpieczyciela, pod adresem wskazanym w lit. a) powyżej.
5. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia jest uprawniony do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta na zasadach określonych w regulaminach tych instytucji dostępnych odpowiednio na ich stronach internetowych lub do Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny) oraz do złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego (www.rf.gov.pl) o rozpatrzenie sprawy lub o przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów.
6. Złożona reklamacja, wraz z opisem przedmiotu reklamacji, powinna zawierać dane umożliwiające jednoznaczny identyfikację składającego reklamację oraz Umowy ubezpieczenia, której reklamacja dotyczy. W treści reklamacji należy podać imię i nazwisko oraz adres do korespondencji. W przypadku pisemnych reklamacji zgłoszonych do Ubezpieczyciela, pismo powinno być opatrzone podpisem składającego reklamację.
7. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie papierowej lub

za pomocą innego trwałego nośnika informacji, a za pośrednictwem poczty elektronicznej wyłącznie na wniosek składającego reklamację.

8. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach w razie braku możliwości rozpatrzenia reklamacji w powyższym terminie, składający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia, okolicznościach uzasadniających opóźnienie wymagających jeszcze wyjaśnienia oraz o przewidywanej dacie uzyskania odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji nie może przekraczać 60 (sześćdziesięciu) dni od daty wpływu reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W przypadku niedotrzymania terminu rozpatrzenia reklamacji składanej przez osobę fizyczną uważa się ją za rozpatrzoną zgodnie z wolą składającego reklamację.
9. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
10. Postanowienia niniejszego Artykułu mają zastosowanie również do Umów dodatkowych.

ARTYKUŁ 12 - POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Z Ubezpieczającym, który zawarł Umowę ubezpieczenia, może zostać zawarta również Umowa Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia w zakresie ryzyka Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego oraz Umowa Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia w zakresie ryzyka Hospitalizacji Ubezpieczonego.
2. Roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 (trzech) lat.
3. Bieg przedawnienia roszczenia o Świadczenie wobec Ubezpieczyciela przerywa się także przez zgłoszenie Ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie Ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie wypłaty Świadczenia.
4. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia zawartej zgodnie z OWU można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
5. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
6. Dla Umowy ubezpieczenia właściwe jest prawo polskie.
7. Wszelkie obowiązki Ubezpieczyciela wynikające z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w tym obowiązki informacyjne, będą realizowane zgodnie z wymogami przepisów prawa obowiązującymi na dzień realizacji danego obowiązku.
8. Postanowienia niniejszego Artykułu mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia oraz do Umów dodatkowych.
9. Ubezpieczyciel oświadcza, że jako spółka zależna należąca do Grupy Crédit Agricole spełnia wymogi wynikające z obowiązujących zasad dotyczących sankcji międzynarodowych, określonych w oparciu o przepisy ustawowe lub wykonawcze nakładające sankcje gospodarcze, finansowe lub handlowe (w tym wszelkie sankcje lub środki dotyczące embargo, zamrożenia aktywów lub zasobów ekonomicznych, ograniczenia w transakcjach z osobami fizycznymi lub prawnymi lub odnoszące się do określonej własności lub terytoriów), wydane, administrowane lub egzekwowane przez Radę Bezpieczeństwa ONZ, Unię Europejską, Francję i Stany Zjednoczone Ameryki (w tym w szczególności środki zapobiegawcze wydane przez Biuro ds. Kontroli Aktywów Zagranicznych Departamentu Skarbu (OFAC) i Departament Stanu) lub jakiegokolwiek inny właściwy organ uprawniony do wydawania takich sankcji. W konsekwencji nie jest możliwe dokonanie wypłaty świadczenia w związku z wykonaniem Umowy ubezpieczenia, jeśli płatność narusza postanowienia wskazane w niniejszym ustępie.
10. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń jest dostępne na stronie internetowej zakładu ubezpieczeń: <https://ca-ubezpieczenia.pl> lub na żądanie w siedzibie zakładu ubezpieczeń.
11. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone przez Ubezpieczyciela i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych od dnia 05.09.2022 r.

W imieniu Ubezpieczyciela:



Andrzej Grzych
Prezes Zarządu
CA Życie TU S.A.



Richard Paret
Wiceprezes Zarządu
CA Życie TU S.A.

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWAŻNE ZACHOROWANIE



Tabela informacyjna o najistotniejszych warunkach ubezpieczenia

Rodzaj informacji	Nr postanowienia z Ogólnych Warunków Indywidualnego Dodatkowego Ubezpieczenia Poważne zachorowanie
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia	Artykuł 3 ust. 2 Artykuł 6 ust. 2 Artykuł 7 Wartość wykupu: nie dotyczy
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Artykuł 1 ust. 3 pkt. 2 Artykuł 3 ust. 3 Artykuł 4 ust. 8 Artykuł 5 ust. 5 Artykuł 8

Spis treści

ARTYKUŁ 1	POSTANOWIENIA OGÓLNE	8
ARTYKUŁ 2	POWAŻNE ZACHOROWANIE	8
ARTYKUŁ 3	PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	9
ARTYKUŁ 4	UMOWA DODATKOWA I OKRES UBEZPIECZENIA	9
ARTYKUŁ 5	SKŁADKA	9
ARTYKUŁ 6	SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ	10
ARTYKUŁ 7	POSTĘPOWANIE W SPRAWIE WYPŁATY ŚWIADCZENIA	10
ARTYKUŁ 8	WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	11
ARTYKUŁ 9	POSTANOWIENIA KOŃCOWE	11



ARTYKUŁ 1 - POSTANOWIENIA OGÓLNE

Komentarz: w tej części dokumentu wyjaśniamy najważniejsze pojęcia występujące w OWUPZ. Zapoznanie się z nimi, pozwoli Ci łatwiej zrozumieć treść OWUPZ.

- Niniejsze Ogólne Warunki Indywidualnego Dodatkowego Ubezpieczenia Poważne Zachorowanie (zwane dalej „**OWU PZ**”) określają warunki, na jakich zawierana jest umowa indywidualnego dodatkowego ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem. Umowa zawierana zgodnie z niniejszymi OWU PZ jest Umową dodatkową do Umowy ubezpieczenia zawieranej zgodnie z Ogólnymi Warunkami Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie (zwanymi dalej „**OWU PODSTAWOWE**”).
- O ile niniejsze OWU PZ nie stanowią inaczej, do Dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednio postanowienia OWU PODSTAWOWYCH.
- W Umowie dodatkowej zawieranej zgodnie z niniejszymi OWU PZ:
 - Dodatkowe ubezpieczenie** - oznacza umowę dodatkową, na podstawie, której Ubezpieczyciel udziela Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Poważnego zachorowania;
 - Okres karencji** - oznacza trwający przez 90 (dziewięćdziesiąt) dni, poczynając od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia okres, w którym zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie Poważne zachorowania będące skutkiem Nieszczęśliwego wypadku;
 - Polisa** - wydawany przez Ubezpieczyciela dokument potwierdzający warunki, na jakich została zawarta Umowa ubezpieczenia; w razie zmian dokonywanych w związku z zawarciem Umowy dodatkowej do Polisy Ubezpieczyciel może wystawić dokument zmian, na każde żądanie Ubezpieczającego Ubezpieczyciel jest zobowiązany wystawić nową Polisę;
 - Ubezpieczający** - osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawiera z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia na własny lub na cudzy rachunek, tj. na rachunek innej osoby fizycznej, na zasadach określonych w niniejszych OWU i zobowiązany do zapłaty Składki;
 - Ubezpieczony** - Ubezpieczający lub inna osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, wskazana przez Ubezpieczającego, któremu/której udzielana jest Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie Umowy dodatkowej, zgodnie z niniejszymi OWU PZ;
 - Umowa dodatkowa** - oznacza umowę dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia zawieraną pomiędzy Ubezpieczycielem i Ubezpieczającym zgodnie z OWUPZ;
 - Zdarzenie ubezpieczeniowe (losowe)** - oznacza wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z Poważnych zachorowań zdefiniowanych w Art. 2.



ARTYKUŁ 2 - POWAŻNE ZACHOROWANIE

Komentarz: wyjaśniamy, jak rozumiemy choroby i zabiegi operacyjne, których zdaniem lub przeprowadzenie jest objęte Ochroną ubezpieczeniową i umożliwiałoby Ci wypłatę Świadczenia.

Poważne zachorowanie, którego wystąpienie u Ubezpieczonego jest objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie Art. 3, oznacza każdy z niżej wymienionych zabiegów operacyjnych i/lub chorób („Poważne zachorowanie”):

- Nowotwór złośliwy** - nowotwór rozumiany jako niekontrolowany rozrost komórek patologicznych z naciekiem tkanek i narządów oraz powodujący powstanie przerzutów odległych. Pojęcie to obejmuje również białaczki, chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Pojęcie Nowotworu złośliwego nie obejmuje pierwszego okresu ziarnicy złośliwej i zmian ograniczonych do jednego węzła chłonnego: nowotworów łagodnych, zmian przednowotworowych; nowotworów przedinwazyjnych i zmian „in situ”; dysplazji szyjki macicy; raka/nowotworu pęcherza moczowego w stadium TA; przewlekłej białaczki limfatycznej/ limfoblastycznej; wszystkich nowotworów skóry za wyjątkiem czerniaka (zakresem ubezpieczenia objęty jest czerniak III stopnia Clarka Breslow, o rozmiarze przekraczającym 0,75 mm głębokości nacieku); wczesnego raka gruczołu krokowego T1 (a, b, c); nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

Obejmuje m.in. nowotwory złośliwe: płuc, gruczołu krokowego (prostaty), jelita grubego, żołądka, nerki, krtani, piersi, jajnika, szyjki macicy, tarczycy, i inne zgodnie z powyższą definicją.



- Zawał mięśnia sercowego** - pierwszy epizod zawału - martwica mięśnia sercowego w wyniku nagłego niedokrwienia. Rozpoznanie musi być potwierdzone dokumentacją medyczną o wystąpieniu typowych objawów klinicznych i zmian w EKG oraz zmiennym dla zawału podwyższeniem specyficznych enzymów martwicy mięśnia sercowego.
- Przewlekła niewydolność nerek** - schyłkowa nieodwracalna przewlekła niewydolność obu nerek wymagająca regularnych dializ lub przeprowadzenia przeszczepu nerki.
- Przeszczep narządu** - leczenie operacyjne przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z następujących narządów: serce, płuca, wątroba, cała trzustka albo polegające na allogenicznym przeszczepie szpiku kostnego.
- Udar mózgu** - incydent mózgowo-naczyniowy powodujący trwałe deficyty neurologiczne spowodowane krwotokiem, zawałem tkanki mózgowej lub zaniemieniem materiału pochodzenia pozaczaszkowego. Dowody trwałych deficytów neurologicznych (np. określone przez wynik ADL) muszą być ustalone po upływie co najmniej trzech miesięcy od chwili udaru oraz poprzez potwierdzenie świeżych zmian w tkance mózgowej w badaniach obrazowych MRI i/lub TC. Pojęcie Udar mózgu nie obejmuje przemijających ataków niedokrwienych (TIA definiuje się jako incydent z odwracalnymi deficytami neurologicznymi nieprzekraczającymi 24 godzin).
- Łagodny nowotwór mózgu** - zmiana patologiczna w postaci guza w obrębie tkanki mózgowej bądź opon mózgowych skutkująca objawami trwałego deficytu neurologicznego i wymagająca usunięcia neurochirurgicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badań obrazowych MRI i/lub TC. Pojęcie to nie obejmuje: krwotoków, guzów przysadki mózgowej i rdzenia kręgowego, ziarniaków, guzów w nerwach czaszkowych (np. schwannoma nerwu przedstonkowo-ślimakowego), torbieli, malformacji naczyniowych.
- Utrata wzroku** - całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach, (vo = 0, brak poczucia światła) wywołana chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem, niemożliwa do skorygowania żadną dostępną metodą leczenia. Utratę wzroku stwierdza się po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia lub zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku powodujących Utratę wzroku.
- Stwardnienie rozsiane** - przewlekła choroba ośrodkowego układu nerwowego

go, u podłoża której leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego, powodująca ubytek neurologiczny. Diagnoza tej choroby musi zostać wydana przez specjalistę neurologa, potwierdzając przynajmniej umiarkowane, utrzymujące się anomalie neurologiczne i towarzyszące im zaburzenia. Należy wykazać obecność typowych objawów demielinizacji oraz upośledzenie funkcji motorycznych lub czuciowych. Diagnoza musi być poparta nowoczesną techniką diagnostyczną, taką jak skanowanie obrazowe. Osoba zgłaszająca roszczenie musi mieć wynik EDSS > 3 i wykazywać anomalie neurologiczne utrzymujące się nieprzerwanie przez okres przynajmniej sześciu miesięcy.

- 9) **Poważne oparzenie ciała** - oparzenie trzeciego stopnia, obejmujące przynajmniej 20 % powierzchni ciała, powstałe wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
- 10) **Paraliż** - całkowita i trwała utrata funkcji dowolnych dwóch bądź więcej kończyn w wyniku nieodwracalnego uszkodzenia rdzenia kręgowego wskutek Nieszczęśliwego wypadku. Trwałość paraliżu stwierdza specjalista neurolog po 12 (dwunastu) miesiącach od daty rozpoznania.

ARTYKUŁ 3 - PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

Komentarz: wyjaśniamy, w jakich sytuacjach udzielamy Ci Ochrony ubezpieczeniowej.

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z Poważnych zachorowań, o których mowa w Art. 2, w okresie trwania Dodatkowego ubezpieczenia z zastrzeżeniem, że:
 - 1) w przypadku Nowotworu złośliwego zakresem ubezpieczenia objęte jest wystąpienie takiego Nowotworu złośliwego, co do którego w okresie Dodatkowego ubezpieczenia została postawiona diagnoza w wyniku histopatologicznym;
 - 2) w przypadku Zawału mięśnia sercowego, Przewlekłej niewydolności nerek, Udaru mózgu, Utraty wzroku, Stwardnienia rozsianego, Poważnego oparzenia ciała oraz Paraliżu, wystąpienie u Ubezpieczonego takiego Poważnego zachorowania jest objęte Dodatkowym ubezpieczeniem, jeżeli w okresie Dodatkowego ubezpieczenia zostało zdiagnozowane przez lekarza specjalistę danej dziedziny;
 - 3) w przypadku Przeszczepu narządów oraz Łagodnego nowotworu mózgu wystąpienie u Ubezpieczonego takiego Poważnego zachorowania jest objęte Dodatkowym ubezpieczeniem, jeżeli zabieg operacyjny został przeprowadzony w okresie Dodatkowego ubezpieczenia.



Zwróć uwagę na przypadki, w których świadczenie nie zostanie wypłacone.

3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje Poważnych zachorowań, które wystąpiły w Okresie karencji trwającym przez 90 (dziewięćdziesiąt) dni poczynając od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia. Postanowienie to nie dotyczy Zdarzenia ubezpieczeniowego, które jest skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.

ARTYKUŁ 4 - UMOWA DODATKOWA I OKRES UBEZPIECZENIA

Komentarz: wyjaśniamy, jak i na jaki czas zawieramy Umowę dodatkową.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie z Ubezpieczającym, który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia. Umową dodatkową może zostać objęty jedynie Ubezpieczony, który wyraził zgodę na objęcie go Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia oraz poświadczył swój stan zdrowia; oświadczenie o stanie zdrowia jest niezbędne do zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Rozwiązanie Umowy dodatkowej następuje na zasadach określonych w OWU PODSTAWOWYCH dla Umowy ubezpieczenia oraz w samej Umowie dodatkowej.
3. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
4. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie Umowy dodatkowej.
5. Dodatkowym ubezpieczeniem może zostać objęty Ubezpieczony, jeżeli spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) w dniu rozpoczęcia Okresu ochrony z tytułu Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego Ubezpieczony ukończył 18. rok życia i nie ukończył 65. lat (dzień ukończenia rozumiany jest jako data urodzin).
 - 2) Ubezpieczający złożył dyspozycję zawarcia Umowy dodatkowej;

- 3) została opłacona Składka z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia za danego Ubezpieczonego;
- 4) Ubezpieczony nie był wcześniej objęty Dodatkowym ubezpieczeniem, które ustalo ze względu na spełnienie Świadczenia.
6. Dokumentem potwierdzającym objęcie przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową w ramach Dodatkowego ubezpieczenia jest zestawienie zmian do Polisy lub nowa Polisa pod warunkiem, że z tytułu objęcia Ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego została zapłacona Składka.
7. Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową na czas nieoznaczony.
8. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony są zobowiązani podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszelkie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał we wniosku przed zawarciem Umowy dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczyciel zaakceptował objęcie Ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego w ramach Dodatkowego ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem zasad określonych w niniejszym zapisie nie zostały podane do jego wiadomości (tj. zostały podane informacje nieprawdziwe lub zatajone - nie prawdziwe). Jeżeli do naruszenia tych zasad doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Poważne zachorowanie i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

9. Ubezpieczający ma prawo:
 - 1) do odstąpienia od Umowy dodatkowej - w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej zawarcia; jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy dodatkowej Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy dodatkowej, termin 30 (trzydziestu) dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie; albo
 - 2) do wypowiedzenia Umowy dodatkowej - po upływie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej zawarcia.
10. Ubezpieczający może złożyć oświadczenie woli odpowiednio o odstąpieniu od Umowy dodatkowej albo o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej za pośrednictwem Agenta albo bezpośrednio Ubezpieczycielowi, ze skutkiem na koniec dnia, w którym Ubezpieczający złożył dane oświadczenie (liczy się data powiadomienia Agenta albo Ubezpieczyciela, zależenie od tego, która jest wcześniejsza). Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy dodatkowej nie powoduje odstąpienia lub wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.
11. Odstąpienie od Umowy dodatkowej albo wypowiedzenie Umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.
12. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie Dodatkowego ubezpieczenia (ryzyka wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania) w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu określonym jako dzień rozpoczęcia Dodatkowego ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż z chwilą zapłaty pierwszej Składki, zgodnie z Art. 5 ust. 7, z zastrzeżeniem, że w przypadku Poważnego zachorowania niebędącego skutkiem Nieszczęśliwego wypadku, odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie Okresu karencji w objęciu Ochroną ubezpieczeniową określonego w Art. 3 ust. 3.
13. Dodatkowe ubezpieczenie wobec danego Ubezpieczonego ustaje:
 - 1) z upływem terminu wyznaczonego zgodnie z Art. 5 ust. 4, jeśli Składka nie została zapłacona w tym terminie,
 - 2) z dniem 65. urodzin Ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż z końcem okresu, za który została opłacona ostatnia Składka
 - 3) z chwilą ustania Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu na podstawie Umowy ubezpieczenia, tj. OWU PODSTAWOWYCH,
 - 4) z chwilą wystąpienia Poważnego zachorowania u Ubezpieczonego, z tytułu którego Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie Ubezpieczyciela, pod warunkiem wypłaty Świadczenia z tego tytułu zgodnie z Umową dodatkową lub
 - 5) z chwilą odstąpienia lub wypowiedzenia Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego - ze skutkiem na koniec dnia, w którym Ubezpieczający złożył dane oświadczenie.

ARTYKUŁ 5 - SKŁADKA

Pamiętaj o terminowym opłaceniu składki.



Komentarz: wyjaśniamy zasady zapłaty za Twoją Ochroną ubezpieczeniową.

- Składkę z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia w zakresie ryzyka Poważnego zachorowania ustala Ubezpieczyciel, uwzględniając wiek Ubezpieczonego, wybraną Sumę ubezpieczenia, a także inne czynniki mające wpływ na zakres udzielanej Ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku zawarcia jednocześnie Umowy ubezpieczenia zgodnie z OWU PODSTAWOWYMI, Umowy dodatkowej w zakresie ryzyka Poważnego zachorowania zgodnie z niniejszymi OWU PZ oraz Umowy dodatkowej w zakresie Hospitalizacji, Składka z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia w zakresie Poważnego zachorowania jest ustalana zgodnie z poniższą tabelą.
- Składka ulega automatycznemu podwyższeniu z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 46. i 61. roku życia w sposób określony w Tabeli poniżej:

Wiek Ubezpieczonego	Poważne zachorowanie		Poważne zachorowanie w przypadku zawarcia umowy jednocześnie z ryzykiem Hospitalizacji	
	Stawka Składki za 1 miesiąc Ochrony ubezpieczeniowej (% od Sumy ubezpieczenia)	Składka miesięczna za każde 10.000 PLN Sumy ubezpieczenia [PLN]	Stawka Składki za 1 miesiąc Ochrony ubezpieczeniowej (% od Sumy ubezpieczenia)	Składka miesięczna za każde 10.000 PLN Sumy ubezpieczenia [PLN]
18-45 lat	0,160%	16,00	0,136%	13,60
46-60 lat	0,320%	32,00	0,272%	27,20
61-65 lat	0,580%	58,00	0,493%	49,30

- Składka należna Ubezpieczycielowi z tytułu umowy dodatkowej, opłacana jest z częstotliwością i w terminach takich, jak Składka z tytułu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie głównej Umowy ubezpieczenia.
- W przypadku, gdy Ubezpieczający nie opłaci w terminie Składki, Ochrona ubezpieczeniowa ustaje z upływem 30 (trzydziestu) dni od daty upływu terminu płatności Składki (**Okres prolongaty płatności Składki**), z pouczeniem, że brak zapłaty Składki spowoduje ustanie odpowiedzialności. Ochrona ubezpieczeniowa ustaje z upływem Okresu prolongaty płatności Składki, jednak nie wcześniej niż z upływem 7 (siedmiu) dni od daty otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do zapłaty Składki w dodatkowym terminie.
- Składkę z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia opłaca Ubezpieczający.
- Opłacenie Składki uznaje się za skuteczne w dniu, w którym Składka wpłynęła na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.

ARTYKUŁ 6 - SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

Komentarz: wyjaśniamy, w jakiej wysokości Świadczenie może wypłacić Ubezpieczyciel w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

- Suma ubezpieczenia na wypadek Zdarzenia ubezpieczeniowego określana jest w Polisie lub w dokumencie zmian do Polisy i może wynosić:
 - 10 000 (dziesięć tysięcy) PLN,
 - 20 000 (dwadzieścia tysięcy) PLN,
 - 50 000 (pięćdziesiąt tysięcy) PLN,
 - 75 000 (siedemdziesiąt pięć tysięcy) PLN,
 - 100 000 (sto tysięcy złotych) PLN.

z zastrzeżeniem, że wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania, zależy od Sumy ubezpieczenia w umowie głównej, jest ona ustalana na podstawie poniższej tabeli:

Maksymalna możliwa Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania	Suma Ubezpieczenia w ramach Ubezpieczenia na Życie na podstawie Umowy ubezpieczenia							
	10 000 PLN	20 000 PLN	50 000 PLN	75 000 PLN	100 000 PLN	150 000 PLN	200 000 PLN	
10 000 PLN	10000PLN	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN	10000PLN	10 000 PLN	10 000 PLN	
20 000 PLN		20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN	20000PLN	20 000 PLN	20 000 PLN	
50 000 PLN			50 000 PLN	50 000 PLN	50000PLN	50 000 PLN	50 000 PLN	
75 000 PLN				75 000 PLN	75000PLN	75 000 PLN	75 000 PLN	
100 000 PLN					100000PLN	100 000 PLN	100 000 PLN	

- Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, które jest objęte Ochroną ubezpieczeniową na podstawie Dodatkowego ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający ma prawo do zmiany Sumy ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 1.
- Obniżenie Sumy ubezpieczenia nie wymaga zgody Ubezpieczyciela i staje się skuteczne z dniem określonym zgodnie z ust. 6.
- W przypadku zawnioskowania przez Ubezpieczającego o podwyższenie Sumy ubezpieczenia, Ubezpieczony składa oświadczenie o stanie zdrowia. W przypadku złożenia oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego zgoda Ubezpieczyciela na zaproponowaną Sumę ubezpieczenia nie jest wymagana.
- Zmiana Sumy ubezpieczenia obowiązuje od następnego dnia po jej zgłoszeniu, a nadpłacona Składka zostanie rozliczona zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego. W przypadku braku dyspozycji, zostanie ona zaliczona na poczet przyszłych Składek.
- Wniosek o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia nie może zostać złożony w okresie prolongaty płatności składki.

ARTYKUŁ 7 - POSTĘPOWANIE W SPRAWIE WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Zasady zgłoszenia roszczenia i lista dokumentów potrzebnych do uzyskania świadczenia.



Komentarz: wyjaśniamy, jakie kroki podjąć oraz jakie dokumenty przygotować, aby uzyskać wypłatę Świadczenia.

- Uprawnionym do otrzymania Świadczenia jest Ubezpieczony, który zobowiązany jest skontaktować się z Ubezpieczycielem telefonicznie pod numerem wskazanym w Polisie lub w innym oświadczeniu Ubezpieczyciela (o ile będzie z niego wyraźnie wynikało, że zastępuje podane w Polisie dane kontaktowe Ubezpieczyciela) i podać numer Polisy oraz dane niezbędne do jednoznacznej identyfikacji Ubezpieczonego.
- Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu na podstawie zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, do którego zgodnie ze wskazówkami udzielonymi przez Ubezpieczyciela należy załączyć dowody zajścia tego zdarzenia. Tymi dowodami są:
 - 1) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie Poważnego zachorowania u Ubezpieczonego,
 - 2) inne dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.
- Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 (siedmiu) dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie w celu ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- Świadczenie wypłacone jest w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Za dzień zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień, w którym Ubezpieczyciel otrzymał takie zawiadomienie. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie Ubezpieczyciela zostanie wypłacone w ciągu 14 (czternastu) dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie 30 (trzydziestu) dni określonym powyżej.
- Jeżeli w terminach określonych w ustawie lub w Umowie ubezpieczenia, Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia, zawiadamia na piśmie Ubezpieczonego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia.
- Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia.

nia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.

7. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do Świadczenia z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia, Ubezpieczyciel ma prawo na swój koszt skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub badania diagnostyczne z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych.
8. Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczonemu informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
9. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 8, Ubezpieczyciel udostępnia, na żądanie w postaci elektronicznej.
10. Sposób:
 - 1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 8,
 - 2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych zgodnie z ust. 8 informacji,
 - 3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem zgodnie z ust. 8, nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 8.
11. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 8, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.
12. Ubezpieczyciel przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 8, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z Umowy ubezpieczenia.

ARTYKUŁ 8 - WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI



Kiedy Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia?

Komentarz: wyjaśniamy, w jakich sytuacjach Ubezpieczyciel jest zwolniony z wypłaty Świadczenia.

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia nie dotyczy tych Poważnych zachorowań, które zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego w ciągu ostatnich 5 (pięciu) lat przed zawarciem Umowy dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia wyłączona jest w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskutek okoliczności, o których mowa w Art. 8 OWU PODSTAWOWYCH, a ponadto w przypadku, gdy zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w wyniku zakażenia wirusem HIV lub zachorowania na chorobę AIDS, leczenia chorób będących następstwem tego zakażenia za wyjątkiem przypadków, gdy takie zakażenie lub zachorowanie jest skutkiem niesienia przez Ubezpieczonego pomocy ofierze wypadku.

ARTYKUŁ 9 - POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Niniejsze OWU PZ zostały zatwierdzone przez Ubezpieczyciela i mają zastosowanie do Umów dodatkowych zawartych od dnia 05.09.2022 r.

W imieniu Ubezpieczyciela:

Andrzej Grzych
Prezes Zarządu
CA Życie TU S.A.

Richard Paret
Wiceprezes Zarządu
CA Życie TU S.A.

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA HOSPITALIZACJA



Tabela informacyjna o najistotniejszych warunkach ubezpieczenia

Rodzaj informacji	Nr zapisu z Ogólnych Warunków Indywidualnego Dodatkowego Ubezpieczenia „Hospitalizacja”
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia	Artykuł 2 ust. 2 Artykuł 6 Wartość wykupu: nie dotyczy
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Artykuł 1 ust. 3 pkt 4) Artykuł 2 ust. 3, 4 Artykuł 3 ust. 8 Artykuł 4 ust. 4 Artykuł 7

Spis treści

ARTYKUŁ 1	POSTANOWIENIA OGÓLNE	13
ARTYKUŁ 2	PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	13
ARTYKUŁ 3	UMOWA DODATKOWA I OKRES UBEZPIECZENIA	13
ARTYKUŁ 4	SKŁADKA	14
ARTYKUŁ 5	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEN	14
ARTYKUŁ 6	POSTĘPOWANIE W SPRAWIE WYPŁATY ŚWIADCZENIA	15
ARTYKUŁ 7	WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	15
ARTYKUŁ 8	POSTANOWIENIA KOŃCOWE	15



ARTYKUŁ 1- POSTANOWIENIA OGÓLNE

Komentarz: w tej części dokumentu wyjaśniamy najważniejsze pojęcia występujące w OWU H. Zapoznanie się z nimi pozwoli Ci łatwiej zrozumieć treść OWU H.

- Niniejsze Ogólne Warunki Indywidualnego Dodatkowego Ubezpieczenia w zakresie ryzyka Hospitalizacji (zwane dalej „OWU H”) określa warunki, na jakich zawierana jest umowa indywidualnego dodatkowego ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem. Umowa zawierana zgodnie z niniejszymi OWU H jest Umową dodatkową do Umowy ubezpieczenia zawartej zgodnie z Ogólnymi Warunkami Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie (zwanymi dalej „OWU PODSTAWOWE”).
- O ile niniejsze OWU H nie stanowią inaczej, do Dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednio postanowienia OWU PODSTAWOWYCH.
- W Umowie dodatkowej zawieranej zgodnie z niniejszymi OWU H (dalej powoływanej jako „Umowa dodatkowa”):
 - Dodatkowe ubezpieczenie** - oznacza Ochronę ubezpieczeniową w zakresie Hospitalizacji, udzielaną Ubezpieczonemu na podstawie Umowy dodatkowej;
 - Jeden dzień pobytu w Szpitalu** - oznacza jednorazowy pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny. W przypadku pobytu w Szpitalu trwającego dłużej niż 24 godziny każde kolejne rozpoczęcie 24 godziny pobytu traktowane są jak pełny jeden dzień pobytu w Szpitalu;
 - Nieszczęśliwy wypadek** - oznacza nagle, niezaplanowane i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną pozostającą poza kontrolą Ubezpieczonego, będące wyłączną przyczyną niezamierzonego i niezależnego od innych przyczyn urazu ciała Ubezpieczonego, pod warunkiem, że ten uraz wystąpił w czasie 180 (stu osiemdziesięciu) dni od daty wypadku;
 - Okres karencji** - oznacza trwający przez 90 (dziewięćdziesiąt) dni poczynając od pierwszego dnia okresu Dodatkowego ubezpieczenia - a w zakresie zdarzeń wynikających z ciąży przez 10 (dziesięć) miesięcy poczynając od pierwszego dnia okresu Dodatkowego ubezpieczenia - okres, w którym Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie te Zdarzenia ubezpieczeniowe, które są skutkiem Nieszczęśliwego wypadku;
 - Polisa** - wydawany przez Ubezpieczyciela dokument potwierdzający zawarcie Umowy dodatkowej oraz warunki, na jakich została ona zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem; w razie zmian dokonywanych w związku z zawarciem Umowy dodatkowej do Polisy Ubezpieczyciel może wystawić dokument zmian, na każde żądanie Ubezpieczającego Ubezpieczyciel jest zobowiązany wystawić nową Polisę;
 - Szpital** - oznacza zakład lecznictwa zamkniętego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, przeznaczony do udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych chorym, których stan zdrowia wymaga całodobowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej. Definicja Szpitala w rozumieniu niniejszych OWU H nie obejmuje Szpitali lub oddziałów psychiatrycznych, zakładów opiekuńczych, opiekuńczo-rehabilitacyjnych, sanatoriów, uzdrowisk lub domów opieki, hospicjów, oddziałów i centrów rehabilitacyjnych lub zakładów, których podstawowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu, narkomanii lub innych uzależnień;
 - Umowa dodatkowa** - oznacza umowę dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia zawieraną pomiędzy Ubezpieczycielem i Ubezpieczającym zgodnie z OWU H;

- Wypłata częściowa** - wypłata części Świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, która może zostać dokonana przez Ubezpieczyciela na wniosek Ubezpieczonego lub jego wyznaczonego pełnomocnika przed zakończeniem jego pobytu w Szpitalu, jednak nie wcześniej niż po minimum 14 (czternastu) dniach jego nieprzerwanego pobytu w Szpitalu, z tytułu którego zgodnie z niniejszymi OWU H przysługuje Świadczenie. Ubezpieczony o ostatnią część Świadczenia powinien ubiegać się po zakończeniu pobytu w Szpitalu;
- Zdarzenie ubezpieczeniowe (losowe)** - oznacza hospitalizację, tj. pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, który rozpoczął się po zakończeniu okresu karencji, trwający dłużej niż Jeden dzień pobytu w Szpitalu. Pobyt Ubezpieczonego na różnych oddziałach Szpitala lub w różnych Szpitalach uznaje się za jeden pobyt, jeśli nie był przerwany pobytem w domu.

ARTYKUŁ 2 - PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

Komentarz: wyjaśniamy, w jakich sytuacjach udzielamy Ci Ochrony ubezpieczeniowej.

- Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, poczynając od 3 (trzeciego) dnia pobytu w Szpitalu, w okresie trwania Dodatkowego ubezpieczenia.



Zwróć uwagę na przypadki, w których świadczenie nie zostanie wypłacone.

- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w Okresie karencji trwającym przez 90 (dziewięćdziesiąt) dni poczynając od pierwszego dnia okresu Dodatkowego ubezpieczenia, a w zakresie zdarzeń wynikających z ciąży zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń, które wystąpiły w Okresie karencji trwającym przez 10 (dziesięć) miesięcy poczynając od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia. Postanowienia niniejszego ust. 3 nie dotyczą Zdarzenia ubezpieczeniowego, które jest skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
- Zakresem ubezpieczenia nie jest objęty pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w zakresie, w jakim pobyt ten przekracza w danym roku kalendarzowym:
 - 180 (sto osiemdziesiąt) dni - w przypadku pobytu w Szpitalu z powodu Nieszczęśliwego wypadku;
 - 90 (dziewięćdziesiąt) dni - w przypadku pobytu w Szpitalu z dowolnej przyczyny,
 z zastrzeżeniem, że jeśli Ubezpieczony korzystał z Dodatkowego ubezpieczenia przez niepełny rok kalendarzowy powyższy limit obniża się proporcjonalnie.

ARTYKUŁ 3 - UMOWA DODATKOWA I OKRES UBEZPIECZENIA

Komentarz: Wyjaśniamy, jak i na jaki czas zawieramy Umowę dodatkową.

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie z Ubezpieczającym, który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia. Umową dodatkową może zostać objęty jedynie Ubezpieczony, który wyraził zgodę na objęcie go Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia oraz poświadczyl swój stan zdrowia. Oświadczenie o stanie zdrowia jest niezbędne do zawarcia Umowy dodatkowej.

2. Rozwiązanie Umowy dodatkowej następuje na zasadach określonych w OWU PODSTAWOWYCH dla Umowy ubezpieczenia.
3. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
4. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie Umowy dodatkowej.
5. Dodatkowym ubezpieczeniem może zostać objęty Ubezpieczony, o ile spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) w dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego Ubezpieczony ukończył 18. rok życia i nie ukończył 65 lat (dzień ukończenia rozumiany jest jako data urodzin);
 - 2) Ubezpieczający złożył dyspozycję zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 3) została opłacona Składka z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia.
6. Dokumentem potwierdzającym objęcie Ubezpieczonego przez Ubezpieczyciela ochroną w ramach Dodatkowego ubezpieczenia jest zestawienie zmian do Polisy lub nowa Polisa, pod warunkiem, że z tytułu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową została zapłacona Składka.
7. Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową na czas nieoznaczony.
8. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony jest zobowiązany podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszelkie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał we wniosku przed zawarciem umowy dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczyciel zaakceptował objęcie ochroną Ubezpieczonego w ramach Dodatkowego ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem zasad określonych w niniejszym zapisie nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia tych zasad doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
9. Ubezpieczający ma prawo:
 - 1) do odstąpienia od Umowy dodatkowej - w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej zawarcia; jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy dodatkowej Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy dodatkowej, termin 30 (trzydziestu) dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie; albo
 - 2) do wypowiedzenia Umowy dodatkowej - po upływie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej zawarcia. Ubezpieczający może złożyć oświadczenie woli o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej albo o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej za pośrednictwem Agenta albo bezpośrednio Ubezpieczycielowi, ze skutkiem na koniec dnia, w którym Ubezpieczający złożył dane oświadczenie (liczy się data powiadomienia Agenta albo Ubezpieczyciela, zależenie od tego, która jest wcześniejsza). Wzory oświadczeń woli o odstąpieniu od Umowy dodatkowej i o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej są dostępne u Agenta i Ubezpieczyciela. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy dodatkowej nie powoduje odstąpienia lub wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.
10. Odstąpienie od Umowy dodatkowej albo wypowiedzenie Umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.
11. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie Dodatkowego Ryzyka Hospitalizacji rozpoczyna się w dniu określonym w Polisie jako dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia jednak nie wcześniej niż z chwilą zapłaty pierwszej Składki zgodnie z Art. 4 ust. 6 oraz z zastrzeżeniem, że w przypadku hospitalizacji niebędącej skutkiem Nieszczęśliwego wypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie Okresu karencji określonego w Art. 2 ust. 3.
12. Dodatkowe ubezpieczenie wobec danego Ubezpieczonego ustaje:
 - 1) z upływem terminu wyznaczonego zgodnie z Art. 4 ust. 4, jeśli Składka nie została zapłacona w tym terminie,
 - 2) z dniem 65. urodzin Ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż z końcem okresu, za który została opłacona ostatnia Składka
 - 3) z chwilą ustania Ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy ubezpieczenia lub
 - 4) na skutek złożenia odstąpienia lub wypowiedzenia Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego w terminie określonym w ust. 9.

ARTYKUŁ 4 - SKŁADKA

Możliwość wyboru Sumy ubezpieczenia.



Komentarz: wyjaśniamy zasady zapłaty za Twoją Ochronę ubezpieczeniową.

1. Składkę z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia w zakresie ryzyka Hospitalizacji ustala Ubezpieczyciel zgodnie z poniższą tabelą.
2. W przypadku zawarcia jednocześnie Umowy ubezpieczenia zgodnie z OWU PODSTAWOWYMI, Umowy dodatkowej w zakresie ryzyka Hospitalizacji zgodnie z niniejszymi OWU H oraz Umowy dodatkowej w zakresie Poważnego Zachorowania Składka z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia w zakresie Hospitalizacji jest ustalana zgodnie z poniższą tabelą:

Świadczenie z tytułu Jednego dnia pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu [PLN]	Hospitalizacja	Hospitalizacja w przypadku zawarcia umowy jednocześnie ryzykiem Poważnego zachorowania
	Składka miesięczna [PLN]	Składka miesięczna [PLN]
75,00	16,00	13,60

3. Składka należna Ubezpieczycielowi, opłacana jest z częstotliwością i w terminach takich, jak Składka z tytułu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczający nie opłaci w terminie Składki, Ochrona ubezpieczeniowa ustaje z upływem 30 (trzydziestu) dni od daty upływu terminu płatności Składki (**Okresu prolongaty płatności Składki**), pod warunkiem, że Ubezpieczyciel po upływie terminu płatności Składki wezwał Ubezpieczającego do jej zapłaty, z pouczeniem, że brak zapłaty Składki spowoduje ustanie odpowiedzialności. Ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonego, ustaje z upływem Okresu prolongaty płatności Składki, jednak nie wcześniej niż z upływem 7 (siedmiu) dni od daty otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do zapłaty Składki w dodatkowym terminie.
5. Składkę z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia opłaca Ubezpieczający.
6. Opłacenie Składki uznaje się za skuteczne w dniu, w którym Składka wpłynęła na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.

ARTYKUŁ 5 - WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

Komentarz: wyjaśniamy, w jakiej wysokości Świadczenie może wypłacić Ubezpieczyciel w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

1. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego, które jest objęte Ochroną ubezpieczeniową na podstawie Dodatkowego ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości iloczynu wysokości Świadczenia Ubezpieczyciela z tytułu Jednego dnia pobytu w Szpitalu i liczby dni pobytu w Szpitalu, z tytułu których zgodnie z niniejszymi OWU H przysługuje Świadczenie.
2. Wysokość Świadczenia z tytułu Jednego dnia pobytu w Szpitalu określana jest według poniższej tabeli:

Świadczenie z tytułu Jednego dnia pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu [PLN]	75,00
--	-------

ARTYKUŁ 6 - POSTĘPOWANIE W SPRAWIE WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Zasady zgłoszenia roszczenia i lista dokumentów potrzebnych do uzyskania świadczenia.



Komentarz: wyjaśniamy, jakie kroki podjąć oraz jakie dokumenty przygotować, aby uzyskać wypłatę Świadczenia.

1. Uprawnionym do otrzymania Świadczenia jest Ubezpieczony, który zobowiązany jest skontaktować się z Ubezpieczycielem telefonicznie pod numerem wskazanym w Polisie lub w innym oświadczeniu Ubezpieczyciela (o ile będzie z niego wyraźnie wynikało, że zastępuje podane w Polisie dane kontaktowe Ubezpieczyciela) i podać nr Polisy oraz dane niezbędne do jednoznacznej identyfikacji Ubezpieczonego.
2. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu, na podstawie zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, do którego należy załączyć dowody zajścia tego zdarzenia, którymi są:
 - 1) dokumentacja medyczna potwierdzająca pobyt i powód pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu,
 - 2) inne dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 (siedmiu) dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie w celu ustalenia zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Świadczenie wypłacane jest w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Za dzień zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę doręczenia do Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie Ubezpieczyciela zostanie wypłacone w ciągu 14 (czternastu) dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie 30 (trzydziestu) dni określonym powyżej.
5. Jeżeli w terminach określonych w ustawie lub w Umowie ubezpieczenia, Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia, zawiadamia na piśmie Ubezpieczonego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia.
6. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. Ubezpieczyciel udostępni Ubezpieczonemu informacje i dokumenty zgromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia. Ubezpieczeni mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
8. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 7, Ubezpieczyciel udostępni, na żądanie w postaci elektronicznej.
9. Sposób:
 - 1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 7,
 - 2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych zgodnie z ust. 7 informacji,
 - 3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem zgodnie z ust. 7,
 nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla Ubezpieczonego.
10. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 7, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego

rodzaju usług.

11. Ubezpieczyciel przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 7, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z Umowy ubezpieczenia.
12. Świadczenie wypłaca się po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, z zastrzeżeniem, że po upływie 14 (czternastu) dni nieprzerwanego pobytu w Szpitalu Ubezpieczony lub wyznaczony pełnomocnik może wystąpić do Ubezpieczyciela o Wypłatę częściową. Wniosek o Wypłatę częściową można ponowić po upływie każdych kolejnych 14 (czternastu) dni nieprzerwanego pobytu w Szpitalu. W takim przypadku Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w częściach: Wypłata częściowa (lub Wypłaty częściowe) za okres pobytu w Szpitalu objęty wnioskiem o jej wypłatę oraz Świadczenie za pozostałą część pobytu w Szpitalu po zakończeniu tego pobytu, na podstawie wniosku o jego wypłatę. Wniosek o Wypłatę częściową powinien spełniać wymagania określone w ust. 2 powyżej.

ARTYKUŁ 7 - WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI



Kiedy Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia?

Komentarz: Wyjaśniamy, w jakich sytuacjach Ubezpieczyciel jest zwolniony z wypłaty Świadczenia.

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia dotyczy tylko takich Zdarzeń ubezpieczeniowych, które nie wystąpiły u Ubezpieczonego przed zawarciem Dodatkowego ubezpieczenia lub w Okresie karencji, tj. ubezpieczenie nie obejmuje hospitalizacji Ubezpieczonego z przyczyn, które już stanowiły przyczynę hospitalizacji Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowego ubezpieczenia wyłączona jest w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskutek okoliczności, o których mowa w Art. 8 OWU PODSTAWOWYCH, a ponadto w przypadku, gdy zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło na wyniku zakażenia wirusem HIV lub zachorowania na AIDS, leczenia chorób będących następstwem tego zakażenia za wyjątkiem przypadków, gdy takie zakażenie lub zachorowanie jest skutkiem niesienia przez Ubezpieczonego pomocy ofierze wypadku.

ARTYKUŁ 8 - POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Niniejsze OWU H zostały zatwierdzone przez Ubezpieczyciela i mają zastosowanie do Umów dodatkowych zawartych od dnia 05.09.2022 r.

W imieniu Ubezpieczyciela:

Andrzej Grzych
Prezes Zarządu
CA Życie TU S.A.

Richard Paret
Wiceprezes Zarządu
CA Życie TU S.A.